TRAVAUX ORIGINAUX

—

I

De l'adrénaline, principe actif des capsules surrénales.

Par le Dr Hans Kirchner (Bamberg).

Actuellement, l'extrait de capsules surrénales se trouve sur la table de tout oculiste. L'action presque instantanée et si énergique de cette substance, sur la circulation de la conjonctive normale ou pathologique, est tellement remarquable, que nous ne pouvons laisser de l'employer, surtout depuis que nous savons que cette puissante action vaso-motrice n'est pas suivie d'une réaction hyperémique.

Malheureusement, l'extrait de capsules surrénales produit jusqu'à ce jour s'altérait très rapidement à l'air, et nous ne pouvions le mettre entre les mains des malades que dans une certaine mesure. L'emploi de cette substance à la consultation et dans la salle d'opération était encore limité par ce fait que la préparation était très rapidement altérable, et son prix très élevé.

Le produit qui m'a donné de beaucoup le plus de satisfaction est l'extrait de capsules surrénales, préparé et mis en tubes scellés par le Dr Jacquet, de Lyon. C'est sur la chaude recommandation de Darier et de Zimmermann que j'emploie journellement depuis plus de deux ans cette marque, et dans bien des cas elle m'est indispensable.

Je n'ai pas l'intention de parler ici de l'action de la surrénaline, ni de tous les avantages de la préparation française, ce qui a été fait par Zimmermann. (*Opht. Klin.*, III et IV). Je désire rappeler seulement que dans certains cas, et pour des clients ne regardant pas au prix, j'ai prescrit la préparation française (seule ou combinée avec des astringents ou des myotiques) sans entendre aucune plainte sur son prix trop élevé.

Quand cette préparation n'est pas maniée très proprement, elle perd très rapidement son action en été surtout. Son prix est de 3 fr. (envoyé directement en 10 tubes de 1 gr.)

J'ai fait des recherches d'autres produits moins coûteux, mais ils ne soutiennent pas la comparaison même éloignée avec le produit français, au point de vue de la conservation et de l'action.

La solution d'atrabiline à 20 %, préconisée par Wolfferg, a déjà perdu son activité après 8 jours de séjour dans le tube fermé. La suprarénine des meilleurs marques était encore plus chère (1/2 ctm pour 1 fr.75.) que le produit français, et instillée dans l'œil, elle occasionnait de très vives douleurs, sans égaler les effets objectifs de la préparation du Dr Jacquet. L'extrait de capsules surrénales en solution à 5 0/0 (marque F. R.) qui vient d'être mis dans le commerce par les Drs Freund et Redlich (de Berlin), vendue en tubes d'une contenance de 10 gouttes, est très douloureuse en instillation. Cette préparation est très coûteuse, et son action m'a paru très lente, et toujours moins puissante que celle employée primitivement par moi.

J'ai fait aussi quelques essais avec les tablettes de Burroughs, Wellcome et Cie (très coûteuses); malgré mes plus grands soins, je n'ai jamais obtenu la moindre action sur la réplétion des vaisseaux conjonctivaux, et je doute fort que ces tablettes renferment le principe actif des capsules surrénales.

Je me suis enfin mis personnellement en relation avec nos meilleures fabriques allemandes, afin d'obtenir un extrait de capsules surrénales répondant aux besoins de la thérapeutique oculaire, mais ici encore je n'ai pas obtenu de bons résultats, à cause du prix de fabrication et de l'altération trop rapide du produit. Sur ces entrefaites, la maison Parke, Davis et Cie, de Londres, créait un extrait inaltérable de capsules surrénales, l'*adrénaline*. Je commençai aussitôt des expériences journalières avec ce produit ne l'employant que depuis 5 mois seulement, je ne veux plus tarder à faire connaître les résultats obtenus.

Il ressort de mes expériences que l'adrénaline à une action physiologique beaucoup supérieure à toutes les préparations de capsules

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasme de l'accommodation, tic de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✻ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

surrénales, et à peu près égale à celle du Dr Jacquet, mais elle présente un très grand avantage sur cette dernière, c'est sa conservation très facile à l'abri de la lumière (son action est restée la même pendant cinq mois) ; enfin, elle est d'un prix beaucoup inférieur à tous les autres produits.

Le Dr Jokichi Takamine, chimiste de la maison que nous venons de nommer, est arrivé l'an dernier à isoler le principe actif des capsules surrénales, et à supprimer toutes les matières extractives qui concourent à la décomposition du produit, et affaiblissent son action physiologique. Suivant l'auteur, l'adrénaline se présente sous la forme de très petits cristaux, presque microscopiques, de couleur jaunâtre, à réaction alcaline, très peu solubles à froid, facilement solubles à chaud, ou dans une solution chlorhydrique. Cette base a une très grande tendance à s'oxyder à l'air, et à devenir ainsi inutilisable, mais le sel chlorhydrique fournit une solution qui se conserve très bien.

J'instille dans l'œil cette solution pure ou plus diluée.

La solution la plus favorable pour l'emploi en ophtalmologie est celle d'hydrochlorure d'adrénaline (1 partie d'hydrochlorure d'adrénaline pour 1000 de solution physiologique de chlorure de sodium).

Cette fabrique m'a aussi fourni un extrait aqueux de capsules surrénales fraîches « suprarenal Liquid with Chloretone », qui s'est montré aussi inaltérable et aussi actif. Ce produit se distingue du précédent, qui est incolore, par une légère coloration brune et par la production d'une légère cuisson au moment de l'instillation. Cette légère cuisson est tellement minime que mes malades n'en sont nullement incommodés, bien plus ils préfèrent l'instillation de cette solution à l'autre, qui est sans douleur. Actuellement, nous ne prescrivons plus que la solution d'hydrochlorure d'adrénaline. On ajoute 0,5 % de chloretone à ces deux solutions ; cette addition ne m'a pas paru nuisible ! Les fabricants prétendent que la conservation de leur préparation est due surtout à l'action conservatrice du chloretone.

La solution d'adrenaline à 1,0 : 1000 peut encore être diluée au dixième, à ce titre elle produit encore rapidement l'anémie énergique de la conjonctive normale ou saine, et des tissus sous-jacents. La solution doit être faite avec de l'eau distillée, ou mieux avec la solution physiologique de sel ; de plus, elle doit être conservée dans une bouteille bien noire. A la lumière du jour (ou mélangée à l'eau ordinaire), cette solution très étendue prend au bout de quelques heures déjà une coloration rouge, et perd son action. Dans un verre foncé, cette solution faible prend aussi au bout d'un certain temps une coloration rouge, et elle n'est plus aussi active que la solution fraîche. Quand la préparation a été exposée longtemps à l'air, elle se colore en brun foncé, forme un précipité et n'est plus active. La solution à 1,0 : 1000 qui m'a été livrée par la fabrique a conservé son action pendant cinq mois, quoique la bouteille ait été ouverte tous les jours ; on le voit, la conservation de ce produit dépasse de beaucoup celle de nombreux alcaloïdes (excepté la pilocarpine) que nous employons journellement en oculistique.

Le prix de l'adrénaline est beaucoup inférieur à celui des extraits employés jusqu'à ce jour. Reçu directement, un flacon contenant 30 gr. de solution d'hydrochlorure-d'adrénaline coûte 4 schilling 1 1/2 pence port compris ; 1 gr. de la solution 1,0 ; 1000 ne coûte donc pas même 14 pfennings. Le pharmacien demande évidemment un prix un peu plus élevé, mais abordable ; il peut d'ailleurs se procurer de l'adrénaline pure (Takamine), (1 gramme coûte 4 sch. seulement) et faire ainsi une préparation moins coûteuse.

D'après ces considérations, il faut s'attendre à voir l'adrénaline prendre bientôt, pour l'usage ophtalmologique, la place des extraits de capsules surrénales employés jusqu'à ce jour ; en effet, grâce à sa conservation facile, et son prix modéré, nous pouvons l'employer facilement pour les interventions sur le bulbe et les paupières.

On a déjà beaucoup étudié l'action de ce produit remarquable, et ses indications se précisent tous les jours davantage. Je n'ai pas employé l'adrénaline dans les plaies infectées de la cornée ; en effet, je n'ai pas osé le faire parce que dans notre contrée l'ulcus corneæ serpens est bien plus grave que dans les autres régions (dans le Wurtemberg, par exemple). En revanche, j'ai pu obtenir d'excellents résultats pour les ulcères marginaux consécutifs à un catarrhe ; ici la guérison a été souvent très rapide. Une iridocyclite

pour laquelle j'avais employé des instillations m'a paru empirer. Dans d'autres cas, je n'ai pas trouvé d'avantage. Je n'ai jamais observé l'hyperémie consécutive, signalée par Beadsley après l'emploi du « Suprarenal Liquid with Chloretone ».

Je désire répondre rapidement à un reproche formulé souvent : on accuse ce médicament de n'avoir qu'une action symptomatique sur les inflammations de la conjonctive.

Et d'abord l'amélioration de tous les symptômes subjectifs n'est pas à dédaigner en pratique, j'ajouterai que j'ai observé une action curative réelle, une durée plus courte de la marche de l'inflammation, même quand la surrénaline était employée seule ; il est évident que son usage n'exclut pas celui d'autres astringents. Son action me semble devoir être comparée à celle des fébrifuges (tels que phénacétine, antipyrine, etc.)

L'action spécifique de ces agents est surtout symptomatique (sur la température) et elle s'accompagne d'une amélioration des symptômes subjectifs. Le nombre est très petit des médecins qui refusent le bienfait de ces remèdes à leurs malades, et qui ne laissent pas de croire que le bien-être souvent répété de l'organisme facilite la lutte contre la maladie.

Il y a des cas où l'on n'atteint pas le but sans préparation de capsules surrénales, en voici deux exemples :

Je soignais une vieille dame très nerveuse, très tourmentée par les exacerbations d'un vieux *catarrhe chronique de la conjonctive* (accompagné de sténose du canal nasal d'un côté). Cette personne se refusait à toute thérapeutique et ne supportait ni applications froides, ni instillations. Elle est en particulier tellement sensible que les astringents les plus doux produisent chez elle une violente et persistante irritation. De plus, l'excitation occasionnée chez elle par l'affection conjonctivale était devenue telle que l'on craignait le retour d'une psychose dont elle avait souffert quelque temps auparavant. Mais le jour où, après de nombreuses tentatives infructueuses, j'arrivai à faire instiller de la surrénaline, la partie fut gagnée. Ces instillations, qui ne sont aucunement irritantes, produisirent merveille objectivement et subjectivement, et la vieille dame reprit en peu de jours sa gaité d'autrefois.

L'emploi d'une bonne préparation de capsules surrénales est encore très appréciable pour cette catégorie d'hommes ou de femmes nerveux, qui consultent l'oculiste depuis de longues années.

A mon avis, l'indication la plus précise de l'adrénaline est dans *le glaucome*. A ce propos, je désire signaler un cas où l'emploi de l'adrénaline m'a donné un résultat remarquable.

Une dame fort âgée vint me consulter, après avoir été traitée par son médecin pendant longtemps déjà pour une affection générale en rapport avec son glaucome. Le traitement du glaucome fut entrepris avec la plus grande rigueur, et le traitement diététique fut sévèrement observé. Mais le résultat n'était pas satisfaisant ; en effet, l'œil droit restait fortement enflammé, et la malade souffrait beaucoup des altérations de sa cornée. La tension oculaire restait très élevée du côté droit ; l'irritation de la conjonctive augmentait de jour en jour, cette membrane était gonflée et épaissie, et, par ses végétations cornées, elle présentait absolument l'aspect du trachome. Les astringents les plus variés (et les plus énergiques) furent employés sans interruption, et les myotiques instillés à toutes doses et à toutes combinaisons, sans qu'on put obtenir aucune modification de la tension et du diamètre pupillaire.

Le 14 octobre 1900, 10 mois après le début du traitement de l'œil, je fus appelé auprès de cette dame. Au premier coup d'œil, l'aspect de la malade est réellement triste ; la conjonctive est gonflée et parsemée de granulations épaisses, ce qui cause un ectropion notable des deux paupières inférieures. La peau de la joue est excoriée en plusieurs endroits, par suite de la présence d'une sécrétion abondante (et malgré l'emploi d'un topique au zinc) ; sur l'œil droit, glaucome absolu ; sur la cornée deux ulcérations profondes à bords déchiquetés ; la pupille des deux yeux est moyennement dilatée, malgré l'instillation journalière de cinq gouttes d'un myotique puissant. Connaissant l'histoire de la malade, et sachant que tout l'arsenal de la thérapeutique moderne du glaucome avait été mis à contribution, j'aurais été fortement embarrassé de faire une prescription, si je ne m'étais souvenu de l'article de Darier (*Opht. Klinik.* IV, n° 13), sur l'effet bienfaisant de la surrénaline dans

le glaucome. Je télégraphiai aussitôt à Jacquet, de Lyon, de m'envoyer d'urgence son produit. L'effet du nouveau remède fut éclatant, excessivement rapide, et durable. Lorsque, 4 jours après, je revis cette dame (qui demeurait très loin) ses yeux étaient méconnaissables. La conjonctive était presque normale, l'ectropion avait disparu, la peau de la joue était guérie, et, fait bien plus important, les deux pupilles, dilatées depuis de longs mois, malgré l'emploi de myotiques énergiques, s'étaient contractées sous l'influence d'un collyre faible (Chlorhydrate de Pilocarpine 0,006. Eserine 0,004. Extrait de capsules surrénales (Jacquet) 1,0. Eau distillée 1,0.). Je fis continuer l'usage de ce collyre, et je diminuai progressivement le nombre des instillations ; je permettais aussi à la patiente, qui depuis longtemps suivait un régime sévère (eau et farineux), d'user avec modération de tous les aliments (l'alcool excepté), et j'eus la satisfaction de voir persister l'amélioration. Les pertes de substance de la cornée se réparèrent aussi.

Au commencement de mai 1901, j'essayais d'abandonner la surrénaline et de n'employer que les myotiques. Ce changement fut rapidement suivi d'une aggravation ; la tension augmenta de nouveau, les pupilles se dilatèrent, et une nouvelle ulcération se montra sur la cornée droite.

En combinant les instillations de surrénaline et des myotiques, j'obtenais de nouveau les excellents résultats de la fin d'avril. A partir du 23 octobre 1901, j'abandonnais de nouveau l'extrait de capsules surrénales, et je faisais seulement instiller les myotiques. L'œil droit est naturellement resté amaurotique, les crises douloureuses n'ont pas reparu, et la cornée est guérie. L'œil gauche (hypermétropie élevée) a une acuité visuelle presque normale ; la tension et la pupille sont normales.

J'ai à peine besoin de dire que, depuis ces deux expériences et d'autres encore, je ne me passe plus dans des cas semblables de ce précieux remède. Comme son emploi est très avantageux en bien des circonstances, en particulier pour les opérations sur les yeux enflammés (combiné à la cocaïne), je n'ai pas voulu tarder plus longtemps à faire cette communication, et je puis dire que nous possédons avec l'adrénaline un produit peu altérable et de prix minime, qui peut être employé dans tous les cas où nous désirons renforcer ou même remplacer nos agents thérapeutiques.

N. B. — Nous avons vu dans un précédent article que tous les pharmaciens sont aujourd'hui à même de fabriquer l'adrénaline par le procédé de Takamine. M. Jacquet, de Lyon et M. Mialhe, de Paris, nous en ont déjà donné la preuve. A. D.

Dr Abt.

II

L'extraction de la cataracte compliquée de dacryocystite,

Par le Dr J. Terson (de Toulouse).

E. Rollet (1) a récemment préconisé et décrit de la manière suivante l'extirpation préalable et totale du sac lacrymal dans les cas de cataracte compliqués de dacryocystite, connus depuis longtemps (2) comme très dangereux au point de vue des suites opératoires Après anesthésie au chlorure d'éthyle, puis à l'éther, petite incision curviligne au devant du sac qu'on saisit avec une pince et qu'on libère avec la petite rugine que nous avons fait construire ; puis, section avec ce même instrument de l'extrémité inférieure du sac à son entrée dans le canal nasal, et finalement en haut du pédicule qui le rattache aux canalicules lacrymaux. Le sac a été enlevé ainsi *en bloc* et en totalité à l'aide de trois instruments. Pansement à plat ; ni drainage, ni fil après l'opération.

Cette méthode radicale déjà connue, mais dont le procédé exact est bien précisé par l'auteur exige l'anesthésie générale et peut, à la rigueur, trouver une application rationnelle dans la pratique hospitalière, où, pour divers motifs, la cure doit être de courte durée et où se rencontrent les sujets dont les voies lacrymales sont le plus infectées par l'absence de soins d'hygiène et de propreté. Mais elle présente, entr'autres inconvénients, le grave défaut de laisser après elle un larmoiement souvent plus marqué que ne le signale notre confrère. Il est vrai qu'il diminue quelquefois à la longue, mais certains malades viennent réclamer pour cela l'extirpation de la glande lacrymale palpébrale. Est-on de plus absolument sûr d'obtenir *toujours* la destruction *complète du sac quelquefois considérablement distendu*, qu'il faut disséquer au milieu d'un écoule-

(1) Rollet. — Communication *Soc. Chir.*, Lyon (mai 1901).

(2) Terson père. — *Congrès d'Opht.* Paris, 1883).

ment de sang assez abondant ? Il est permis d'en douter. Toutefois, ce procédé nous paraît supérieur à l'ancien système de destruction du sac au thermo-cautère, au moins quant à la durée du traitement.

Divers auteurs, entr'autres Haab, avaient déjà conseillé en pareille circonstance d'interrompre toute communication entre les voies lacrymales et l'œil opéré, par l'oblitération préalable des canalicules lacrymaux au galvano-cautère.

Nous suivons depuis longtemps, quant à nous, une pratique plus conservatrice grâce à laquelle nos opérés échappent à toute infection, et qui nous a donné récemment encore un beau résultat. C'est même ce dernier cas très probant qui nous a inspiré le travail actuel.

Par l'asepsie du champ opératoire et des instruments rigoureusement pratiquée, les accidents d'infection sont devenus si rares, du moins dans une clinique privée bien tenue, qu'on pourrait, sans forfanterie, émettre la prétention de pouvoir opérer presque indéfiniment *des cataractes non compliquées*, sans aucun risque d'infection, n'ayant plus à songer qu'à l'exécution irréprochable des plus petits détails opératoires, afin d'obtenir le degré le plus élevé possible d'acuité visuelle et d'éviter au malade les ennuis et les risques d'une cataracte secondaire.

Il reste cependant une cause de revers qu'il faut avoir toujours présente à l'esprit et que ne peuvent conjurer ni l'asepsie préalable ni l'habileté opératoire, c'est la coexistence de la cataracte et d'une dacryocystite. Nous sommes en cela bien d'accord avec notre confrère de Lyon quand il dit :

« Opérer en pareils cas la cataracte sans traitement lacrymal, c'est déterminer à *coup sûr* une infection oculaire », provoquée par le reflux incessant vers la plaie opératoire de la sécrétion du sac lacrymal infectée par les microbes les plus divers, plus ou moins associés (1). Le streptocoque, le staphylocoque, divers bacilles (bactérium coli, bacille pyocyanique, pneumobacilles, microbes de l'ozène), le pneumocoque, entre autres. Aussi tout opérateur soucieux de la pureté de sa statistique voudrait-il éloigner de lui tout sujet cataracté porteur de cette fâcheuse complication. Il est pourtant des cas où, ne fût-ce que par humanité, on est contraint d'entreprendre cette lutte difficile, dans laquelle on triomphera par le traitement patient et d'une certaine durée que nous allons exposer.

Tandis que Haab et Rollet cherchent à débarrasser le champ opératoire des germes infectieux, par la destruction préalable de l'appareil excréteur des larmes ou par la suppression de son fonctionnement, nous rouvrons tout d'abord un large passage du côté des fosses nasales aux larmes et à la sécrétion infectée du sac, que nous aseptisons ensuite par quelques injections au protargol : puis, *pendant 2 semaines*, nous faisons un abondant lavage *biquotidien* des voies lacrymales à l'aide de la sonde creuse. Après ces soins préalables et assidus, toute sécrétion *muco-purulente* ayant disparu, nous pratiquons l'extraction de la cataracte non sans avoir une dernière fois poursuivi plus longuement encore qu'à l'ordinaire l'asepsie des voies lacrymales, des culs-de-sac conjonctivaux des paupières et du bord ciliaire.

L'opération terminée, dans le but d'empêcher les germes infectieux qui pourraient subsister encore de se fixer sur la plaie, nous appliquons sur l'œil (d'après le conseil de Terson père, Congrès d'Opht., Paris, 1883), au lieu du pansement sec habituel, un tampon épais d'ouate hydrophile stérilisée, arrosé d'eau distillée, bouillie, boriquée à 4 p. 100. Ce pansement est maintenu mouillé par une garde qui y verse toutes les demi-heure 2 à 3 cuillerées à café de la même solution, l'opéré étant couché sur le dos, la tête légèrement inclinée du côté non opéré, de manière que la totalité du liquide inonde bien l'œil pendant un certain temps. Cette irrigation est continuée jour et nuit, de 4 à 5 jours, temps pendant lequel la plaie encore perméable pourrait faciliter l'infection intraoculaire par la migration des germes venus du dehors,

Après 24 heures, même si l'opéré n'éprouve aucune souffrance, ce qui est la règle, nous enlevons le pansement *sans entr'ouvrir les paupières*, pour nous assurer s'il n'est pas taché de pus et si, par une légère pression sur la région du sac lacrymal, aucune sécrétion ne reflue vers l'œil. *On est frappé d'ordinaire de la propreté exceptionnelle du pansement*

(1) A. Terson et Cuénod. — Bactériologie clinique de l'appareil lacrymal (*Gazette des Hôpitaux*, 1894)
Mazet. — Bactériologie de l'empyème du sac lacrymal. (Thèse de Paris, 1894)

tenu ainsi constamment mouillé. Si tout paraît en bon état, on se borne à changer les pièces du pansement ; mais s'il y a quelque motif d'inquiétude, *il ne faut pas hésiter à inspecter la plaie et à laver les voies lacrymales à l'aide de la sonde creuse* avec tous les ménagements possibles. Ce lavage doit en tous cas se faire 36 à 48 heures au plus après l'opération, *quoique tout soit en parfait état* et sans se préoccuper outre mesure de la possibilité de voir la chambre antérieure se rouvrir et l'humeur aqueuse s'échapper, inconvénient bien minime si on le compare au danger de voir surgir un commencement d'infection, qui gagnerait comme une traînée de poudre la plaie tout entière et l'intérieur de l'œil (1).

Dès le 3e jour, on comprend déjà bien que tout est sauvé ; mais le lavage *quotidien* des voies lacrymales, le soir de préférence, s'impose *jusqu'au départ du malade.*

Le 4e jour et les suivants, jusqu'au 8e, le pansement doit être mouillé toutes les 3 heures environ. Puis tout pansement est supprimé.

Du 13e au 15e jour, le malade est congédié et l'on constate que la guérison, malgré la complication préexistante, est aussi avancée, sinon plus, que dans les cas les plus simples et les plus favorables. Peut-il y avoir une preuve plus convaincante de l'efficacité parfaite, au moins pour la durée de la cure, de cette méthode de traitement des cas de cataracte compliqués de dacryocystite ?

Rollet a présenté l'année dernière à la Société de chirurgie de Lyon une malade guérie sans infection après l'extirpation préalable du sac lacrymal. Toutefois, son cas nous a paru se rapprocher plus du larmoiement simple que de la dacryocystite purulente, bien plus infectieuse. Le sac extirpé ne présentait pas, en effet, la dilatation que l'on observe le plus souvent dans les dacryocystites de vieille date.

Nous pourrions d'ailleurs mettre en parallèle de ce fait unique des *faits assez nombreux.* Nous n'en citerons que quelques-uns des plus marquants :

Terson père a présenté en 1882, à la Société de médecine de Toulouse, deux malades atteints de cataracte compliquée de dacryocystite, opérés et traités, comme nous venons de l'indiquer, avec un succès complet : l'un, âgé de 70 ans, était atteint de catarrhe purulent des voies lacrymales, aux deux yeux, *depuis plus de 20 ans ;* le second, *âgé de 82 ans,* était atteint de larmoiement avec catarrhe du sac, *depuis plus de 50 ans,* lorsqu'il avait été opéré.

Mon père a vu guérir sans la moindre difficulté par la combinaison des mêmes moyens, il y a quelques années, une malade très âgée, ozéneuse au plus haut degré, par effondrement des os du nez, et l'on sait combien sont virulents et dangereux pour l'œil les microbes de cette infection nasale si rebelle à tous les soins.

Dans ces dernières années, nous avons traité ensemble avec succès 3 malades atteints à la fois de cataracte et de dacryocystite : une femme âgée, habitant Toulouse, dont le début de l'opacité du cristallin remontait à plus de 20 ans (cataracte dite de Morgagni, liquide avec un petit noyau flottant) ; un vieillard, âgé de plus de 70 ans, atteint non seulement de dacryocystite, mais aussi d'un certain degré d'ectropion sénile.

Enfin, notre dernier cas, qui date à peine de 2 mois et qui nous a inspiré ce travail, est celui d'une dame âgée de 63 ans, dont nous devons très brièvement raconter l'histoire. Elle était affectée depuis longtemps de catarrhe des voies lacrymales, lorsque son œil gauche a été opéré par un de nos confrères avec un succès momentané : puis tout à coup, en moins de 48 heures, la vision a été abolie par une infection intraoculaire foudroyante. Le globe et les paupières se sont tuméfiées, une panophtalmie a éclaté, et, après de longues souffrances, cet œil s'est atrophié au point qu'il n'en demeure qu'un vestige presque méconnaissable. Cependant, l'œil droit a été à son tour atteint de cécité par opacification graduelle du cristallin, et, après de longues hésitations, la malade s'est décidée à venir nous demander de l'opérer.

Sur son affirmation réitérée qu'elle était décidée à tout pour guérir, nous avons entrepris le traitement de la dacryocystite ; puis la cataracte a été opérée et le pansement humide maintenu pendant 5 jours. Nous avons été très heureusement secondés par une amie de la malade, qui lui a prodigué ses soins avec un dévouement absolu et, après 35 jours, l'opérée rentrait chez elle avec une excellente vision.

Après avoir cité ces faits, rigoureusement

(1) Il est bien entendu qu'il s'agit ici de cas exceptionnels ; car d'ordinaire nous laissons le premier pansement en place sans y toucher pendant 4 jours.

observés, à l'appui de notre pratique, nous devons signaler les inconvénients qui pourraient lui être attribués par comparaison avec l'extirpation du sac ou l'oblitération des canalicules lacrymaux :

On peut lui reprocher la longueur du traitement, de 30 à 40 jours. Mais Rollet a pratiqué l'extraction de la cataracte 12 jours seulement après l'extirpation du sac, ce qui donne forcément à la cure par ce système une durée de 25 à 30 jours. La différence nous paraît assez négligeable, surtout si nous ajoutons que, par notre système de traitement, au lieu de supprimer l'organe d'excrétion des larmes, nous le conservons, en l'améliorant par un traitement intensif, dont l'effet salutaire peut se faire sentir longtemps encore après notre intervention. Et même quand il ne réussit pas à tarir définitivement toute sécrétion, on pourra plus tard, sans aucun danger pour l'œil opéré déjà bien guéri, diriger contre l'affection des voies lacrymales telle ou telle méthode de traitement selon les indications ou les circonstances.

La docilité de l'opéré et les soins dévoués de l'entourage et de l'opération sont les conditions indispensables pour le succès ; mais il est rare qu'un malade bien averti du danger qu'il court, surtout s'il a déjà perdu un œil à la suite d'une opération, ne soit tout disposé à seconder l'effort de l'opérateur.

L'irrigation presque constante de l'œil, qui mouille forcément les parties voisines du pansement et même quelque peu la literie, est difficile à mettre en usage dans la saison très froide ; mais il est facile, en invoquant cette raison, de faire consentir le malade à un ajournement qui ne saurait jamais être bien long.

On le voit, ces divers inconvénients n'ont rien de capital : aussi pensons-nous que, sans désapprouver l'extirpation préalable du sac lacrymal ou l'oblitération des points lacrymaux, en apparence plus simples, le traitement que nous venons d'indiquer, malgré ses exigences, doit leur être préféré dans la grande majorité des cas de cataracte compliqués de dacryocystite, comme absolument suffisant et plus en harmonie avec les usages de la chirurgie actuelle essentiellement conservatrice.

III

Dilatation extraordinaire du sac lacrymal de l'œil gauche,

par le Dr Rutten (de Liège).

J'ai eu l'honneur de présenter à la Société d'Ophtalmologie de Bruxelles une tumeur lacrymale constituée par la dilatation extraordinaire du sac lacrymal. La poche avait envahi toute la paupière inférieure, dépassait même l'angle externe en longueur, remplissant comme un gros œuf de poule toute la cavité orbitaire et empêchant la patiente de se servir de son œil. C'est d'ailleurs l'unique raison qui a décidé la malade, après avoir supporté une vingtaine d'années les ennuis de cette poche purulente dans le coin de l'œil, à venir consulter.

Ordinairement, toute dacryocystite, surtout aiguë, prend la forme d'abcès ou de phlegmon du sac dont les symptômes locaux de douleur, rougeur et tuméfaction considérable de la peau environnante, sont connus de tous le monde.

Contrairement à la marche ordinaire de la dacryocystite, le processus purulent, pendant de nombreuses années, au lieu de se frayer un chemin à travers la peau s'est borné à produire une hypertrophie des tissus du sac en même temps qu'une dilatation extraordinaire comme il arrive fréquemment pour les poches kystiques à contenu purulent.

Il n'est pas douteux que le massage journalier du sac depuis au moins vingt ans, manœuvre par laquelle la patiente vidait régulièrement le sac, doit avoir aidé au développement des fibres élastiques, surtout que, comme nous allons le voir, il existait des rétentions passagères du pus.

Observation. — La dame L., de R., que le confrère Bonhomme a bien voulu m'adresser est âgée de 63 ans. Elle est d'une bonne constitution, à part la tumeur qui recouvre l'œil gauche et qui paraît au premier abord être un kyste ou même une boule graisseuse, puisqu'il n'y a ni rougeur de la peau ni larmes, ni présence de pus dans l'angle de l'œil. L'œil droit est sain. Depuis une trentaine d'années, elle souffre de dacryocystite à l'œil gauche mais n'a jamais consulté. Elle nous raconte qu'elle faisait sortir le pus au moyen d'une pression sur le sac, mais que depuis deux ans

elle ne parvient plus à mener à bonne fin cette petite opération qu'à des intervalles très irréguliers.

Depuis deux mois, le sac, n'ayant plus été vidé, a pris un développement considérable au point d'empêcher la malade de se servir de cet œil. Cette gêne de la vue, jointe à un commencement de douleurs, dû à la rétention du pus, a engagé la patiente à aller consulter à l'Institut Ophtalmique de Liège.

Après avoir vidé le sac au moyen d'un mince stylet introduit par le point lacrymal, je constate que l'œil est sain et ne présente pas la plus petite plaie, Le pus est sorti en partie par le nez et par l'œil. L'os n'est pas atteint et n'est pas douloureux à la pression. Pas de

cicatrice à la peau. L'examen du nez et des sinus ne montre rien d'anormal, pas même le moindre gonflement de la muqueuse du côté de la cavité nasale correspondante, comme c'est souvent le cas. L'état général d'ailleurs est parfait et la malade dit ne jamais avoir eu de médecin. Le sac, une fois vidé, glisse sous la peau, se laisse pincer par les doigts et peut être facilement amené jusqu'à l'angle interne.

En présence de ces faits, j'ai procédé à l'extirpation du sac par l'incision verticale ordinaire et, après avoir excisé au moyen des ciseaux, tout ce que j'ai pu, j'ai détruit la partie restante et adhérente à l'os par le galvano-cautère, cautérisation ignée que j'ai renouvelée après quatre jours. Pansement à l'iodoforme. Suites opératoires nulles. Guérison complète après quatre semaines et suppuration entièrement tarie. Larmoiement insignifiant. Léger ectropion, presque pas visible.

EXAMEN ANATOMIQUE.

La partie du sac excisé est d'un aspect fibreux, très résistant comme du cuir de gant et mesure 37 millimètres sur 14 mm.

Au microscope, on distingue deux couches.

1° La couche intérieure ou épithéliale.

2° La couche suivante ou fibreuse, qui se continue avec les tissus de la paupière.

1° La *couche épithéliale*. On remarque d'abord l'hypertrophie de cette couche qui a augmenté en diamètre transversal en nombre de cellules ; par places on a plus de 60 rangées de cellules superposées. Une partie de ces cel-

lules n'offre plus la structure normale, mais est en dégénérescence graisseuse.

L'aspect des parties normales diffère par places et on a :

a) Une disposition stratifiée en ligne continue. Les cellules basales sont allongées ainsi que leurs noyaux ; d'autres se rapprochent de la forme arrondie ; les couches superficielles sont composées de cellules aplaties normales ou en dégénérescence graisseuse.

b) Probablement par suite de la perte de ces cellules aplaties dégénérées, d'autres cellules allongées proéminent librement dans le sac.

c) Une partie de ces dernières cellules a proliféré et offre l'aspect de productions papilliformes, rappelant celui de certains papillomes effilés.

d) D'autres parties proéminent comme des

masses larges et rappellent les hypertrophies de la conjonctive.

e) A certains endroits, on remarque des excavations dans l'épithélium. Celui-ci pénètre alors plus profondément dans le tissu conjonctif sous-jacent.

Ces excavations ont un aspect glandulaire.

Tous ces aspects sont répartis irrégulièrement dans le sac.

2° La *couche fibreuse* se compose d'un tissu conjonctif serré et fortement développé. Il est parcouru par de nombreux vaisseaux qui se poursuivent dans les couches épithéliales.

Pour le reste, rien d'extraordinaire. Le contenu du sac était du pus jaune verdâtre à odeur repoussante.

IV

Un cas d'exophtalmie unilatérale et passagère de l'œil gauche,

Par le Dr Rutten (de Liége.)

La rareté de l'unilatéralité de l'exophtalmie dans le goitre exophtalmique, si même il est accompagné des autres symptômes de la trinité symptomatique de la maladie de Graves-Basedow, c'est-à-dire d'hypertrophie thyroïdienne et de tachycardie, a parfois fait hésiter les neuropathologistes à porter ce diagnostic de goitre exophtalmique. On comprend donc que des malades de ce genre soient parfois adressés aux oculistes par des médecins auxquels la cause réelle de l'exophtalmie a échappé. Deux caractères propres au seul goitre exophtalmique : les signes de Stellwag et de de Graefe sont cependant de nature à mettre sur la voie du diagnostic. Le signe de Stellwag consiste dans la rétraction du releveur de la paupière supérieure laissant apercevoir une partie de la sclérotique au-dessus du diamètre vertical de la cornée ; il donne au regard une expression de colère ou d'insolence (Potain) ou de terreur caractéristique. Quant au signe de de Graefe, il consiste dans le défaut de concordance entre le mouvement d'abaissement des yeux et celui des paupières supérieures qui restent en quelque sorte en route quand le malade dirige son regard en bas.

J'ai eu, il a quelque temps, l'occasion d'observer un de ces cas de goitre exophtalmique avec exophtalmie unilatérale :

Un garçon de 14 ans, lampiste dans un charbonnage, d'aspect plutôt délicat, un peu anémique, de tempérament nerveux, n'ayant jamais été malade, se lève le 3 janvier dernier avec un gonflement des paupières de l'œil gauche ; le lendemain, l'œdème s'étend à la lèvre supérieure et à la joue et y persiste pendant trois jours ; le septième jour, l'œdème de la paupière disparaît également et laisse apercevoir l'exophtalmie de l'œil gauche. C'est à ce moment que le malade m'est adressé parce que la vision était abolie à gauche. A noter qu'une tante maternelle du malade est morte de goitre exophtalmique.

L'acuité visuelle de l'œil droit est normale et le champ visuel est intact. L'examen du nez, de la gorge, des sinus ne montre aucune altération. Il n'existe ni sucre ni albumine dans l'urine. Le malade n'éprouve aucune douleur ; il mange et dort bien.

La saillie du globe oculaire gauche est si prononcée que les paupières, non gonflées mais rétractées, ne suffisent plus à retenir le globe dans l'orbite. L'œil n'est pas injecté, est mobile et ne présente ni paralysie ni déviation. La pupille, dilatée aux deux tiers, réagit à la lumière. Le palper ne fait découvrir aucune résistance dure ou molle dans l'orbite, mais permet simplement de constater que le globe est poussé uniformément en avant. A l'ophtalmoscope, on aperçoit un refoulement en avant des membranes profondes, une injection plus prononcée des veines, mais sans exsudat. L'acuité visuelle est diminuée au point que le malade ne voit les doigts qu'à deux mètres. Le champ visuel est rétréci. Le malade est mis en observation et on lui administre 2 grammes d'iodure de potassium par jour. On lui fait également porter un bandeau compressif et on pratique le massage de l'œil.

Huit jours après l'entrée à l'Institut ophtalmique, la proéminence du globe oculaire a augmenté, en même temps que l'immobilité est devenue plus considérable. Il existe de la diplopie. Brusquement, les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires s'engorgent. Les signes de Stellwag et de De Graefe sont très accentués. Il y a de plus de l'hypertrophie thyroïdienne et de la tachycardie (110 pulsations), accompagnée de battements plus ou moins violents des carotides et des jugulaires. On continue l'iodure et on y ajoute des frictions mercurielles.

Trois semaines après, l'état général est meilleur, l'exophtalmie commence à diminuer et

la vision s'améliore au point d'atteindre, quinze jours plus tard, une acuité normale. Le signe de Stellwag a disparu, celui de de Graefe existe encore, mais faiblement.

Il était difficile de faire rentrer ce cas dans une des affections de l'orbite pouvant occasionner l'exophtalmie unilatérale.

Le gonflement des ganglions préauriculaires et sous-maxillaires avec augmentation progressive de l'exophtalmie pouvait faire songer à une tumeur de l'orbite : l'amélioration rapide dut faire abandonner ce diagnostic.

L'absence de toute injection conjonctivale faisait exclure l'infiltration séreuse de la capsule de Ténon et la thrombo-phlébite orbitaire.

Les kystes, séreux, dermoïdes et hydatiques, pas plus que les tumeurs vasculaires, n'auraient rétrocédé seuls et auraient produit une protusion lente et progressive du globe.

L'ostéo-périostite aiguë devait aussi être éliminée, car il est difficile d'admettre qu'elle aurait évolué aussi rapidement, en ne donnant lieu qu'au gonflement des paupières, sans empâtement du rebord orbitaire et sans douleurs dans les régions voisines. De plus, l'œil aurait présenté une déviation dans le sens inverse du point lésé de l'orbite.

L'apparition brusque d'une exophtalmie aussi considérable, la fixité prononcée du globe, la diplopie, la diminution si notable de la vue peuvent certes difficilement s'expliquer par une névrose cardio-vasculaire, à moins d'admettre que la dilatation passagère des vaisseaux ne soit accompagnée d'une complication dont la nature nous échappe.

Par contre, la présence des signes cardinaux de la maladie de Basedow, l'âge, l'anémie, le tempérament nerveux, les antécédents héréditaires, la rétrocession rapide des symptômes, autorisaient à porter le diagnostic de goitre exophtalmique.

Au surplus, les renseignements obtenus par la suite sont aussi de nature à confirmer ce diagnostic : le médecin traitant a en effet constaté récemment que le gonflement thyroïdien persiste et augmente et m'a fait savoir également que l'émotivité du malade avait toujours été très grande.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE MEXICO

Séance du 3 avril 1902.

DANIEL VELEZ. — **Trois cas d'implantation de graisse pour améliorer la prothèse oculaire.**

Dans le premier cas, chez une jeune fille énucléée deux ans auparavant de l'œil droit, l'auteur fit l'implantation d'un peloton de graisse dans le but de remédier à la déformation causée par une orbite trop profonde. Elle présente actuellement un moignon qui remplit suffisamment la cavité et qui jouit de quelques mouvements. La cicatrisation se fit par première intention.

Dans le second cas, il s'agissait d'un homme atteint à l'œil gauche d'un leucome total adhérent avec dépôts calcaires, fréquentes tendances à l'ulcération, provoquant un larmoiement sympathique du côté droit. On pratiqua une amputation du segment antérieur et l'éviscération, puis on implanta un peloton graisseux et on fit la suture de la conjonctive. Sous l'influence du chloroforme, le malade eut des vomissements pendant 48 heures ; il s'en suivit une ouverture de la suture et la hernie d'une partie de la graisse. Après l'élimination de la graisse herniée, il resta un moignon un peu plus petit que celui obtenu primitivement, mais assez grand pour imprimer ces mouvements à l'œil artificiel qu'il tolère bien.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un enfant énucléé pour blessure grave par une fusée d'artifice. Les muscles droits furent suturés en croix sur le globe de graisse et la conjonctive par dessus. La suture ayant cédé en un point laissa à découvert le peloton graisseux, mais sans que celui-ci eût tendance à s'éliminer. Il forme un moignon mobile et la conjonctive tend à le recouvrir en se cicatrisant de la périphérie au centre.

L'auteur fait remarquer les trois types différents de cette opération :

1° Implantation de graisse dans la cavité d'une énucléation ancienne.

2° Eviscération avec implantation graisseuse.

3° Enucléation avec greffe graisseuse.

Le procédé en général de greffe graisseuse

est encore à l'étude, mais il tend à gagner du terrain, à cause de ses avantages prothétiques, sur l'éviscération et l'énucléation simples.

Comparant l'éviscération et l'énucléation avec greffes graisseuses, l'auteur se déclare plus partisan de la dernière comme abolissant presque complètement les dangers d'ophtalmie sympathique.

L'auteur présente des modèles d'yeux artificiels en caoutchouc pour les enfants et les ouvriers, offrant l'avantage de ne pas se casser. Il en présente aussi en émail à double paroi, plus solides, à bords épais et émoussés, mieux tolérés que ceux à paroi simple.

Discussion ; MM. Uribe Troncoso, Chavez, Montano, Velez.

Pathogénie du glaucome. — Ce travail de M. Uribe Troncoso étant venu en discussion, les différents orateurs félicitent M. Uribe Troncoso de son travail, qui présente des idées très originales, mais déclarent qu'ils ne peuvent pas le discuter, étant donné qu'il est basé sur des recherches expérimentales qui nécessiteraient d'être répétées pour être soumises au contrôle.

M. Uribe remercie ses collègues du jugement favorable qu'ils ont bien voulu porter sur son travail et fait remarquer qu'il s'y trouve certains points d'intérêt général qui auraient pû être soumis avec profit à la discussion, comme le chapitre de glaucome chronique simple avec excavation et sans augmentation de tension ; l'atrophie essentielle du nerf optique avec excavation, etc.

R. J.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS

Séance du 1er juillet.

M. Valude, au nom de MM. Zenatti et Gros présente l'observation d'un malade qui porte à gauche un **colobome du nerf optique** avec une excavation partielle, mais très profonde de la papille. Hyp + 2, V = 1/4. O D, normal.

M. Wuillomenet. — **Subluxation du cristallin et ophtalmie sympathique.** (Présentation du malade).

Il y a cinq ans cet homme reçut un coup de poing sur l'*œil gauche*. Il en résulta une dilatation de la pupille, mais pas d'autre trouble consécutif, car la vision de cet œil resta bonne.

Trois ans après, nouveau choc sur cet œil qui occasionna une vive douleur. Quinze jours après, l'*œil droit* fut atteint d'irido-cyclite. Guérison. M. Wuillomenet, qui n'avait pas vu le malade lors de la première contusion, l'avait vu et soigné la seconde fois.

Enfin, récemment, ce malade est revenu le voir pour une nouvelle atteinte d'irido-cyclite de l'œil droit sans que l'œil gauche ait de nouveau souffert.

L'*œil gauche* est en mydriase complète avec effacement complet de l'iris dans la moitié inférieure comme dans la subluxation en bas du cristallin. Cependant il n'y a pas d'autres signes objectifs de luxation. Pas d'hypertonie. M. Wuillomenet se demande s'il ne faut pas attribuer les phénomènes inflammatoires de l'*œil droit* à l'ophtalmie sympathique. Le malade n'est pas syphilitique.

MM. Jocqs, Darier, Chevallereau, Morax, Parinaud, sont d'avis que le cas de M. Wuillomenet serait des plus intéressants au point de vue de la pathogénie de l'ophtalmie sympathique, s'il était bien démontré que l'iridocyclite de l'œil droit est sous la dépendance directe de l'état de l'œil gauche. Cette observation serait un document précieux en faveur de la théorie réflexe et contre celle de la théorie migratrice de Deutschmann. Mais il n'est pas prouvé qu'ici l'état pathologique du second œil soit causé par celui du premier, attendu que celui-ci est presque normal, sauf la mydriase et le déplacement douteux du cristallin, qu'il n'est ni douloureux ni enflammé, et que la seconde attaque d'irido-cyclite est survenue en dehors de tout nouveau traumatisme du premier.

M. Demicheri (Montévideo) — **Paralysie traumatique des deux obliques supérieurs.**

Observation d'un cas de traumatisme avec choc sur la tête qui fut suivi d'une diplopie de nature spéciale que l'auteur, après un examen détaillé de la fausse image, déclare provenir de la paralysie des deux obliques supérieurs.

Quant au siège de la lésion, l'auteur croit devoir la placer au point d'émergence des deux nerfs de la 4e paire des parties latérales de la valvule de Vieussens, où les deux nerfs

se trouvent très rapprochés. La lésion pourrait être attribuée à une commotion produite par l'ébranlement du liquide céphalo-rachidien.

Rapport de M. Caudron *sur un travail du* Dr Sendral : **Observation d'un cas d'hérédo-syphilis oculaire avec des lésions des membranes profondes. Réflexions concernant le traitement et la récidive de cette opération.**

Observation pour démontrer que dans l'hérédo-syphilis oculaire le traitement le plus efficace est le traitement mercuriel.

Rapport de M. R. Dreyer-Dufer *sur le travail du* Dr Giraud : **Traitement mercuriel hypodermique dans les affections oculaires spécifiques congénitales des enfants du 1er âge.**

M. Giraud nous décrit un cas de kérato-irido choroïdite spécifique de l'œil gauche, constatée par lui alors que le globe était en voie d'atrophie, chez un nourrisson spécifique héréditaire à la 3e période, âgé de 6 mois environ. Consulté tardivement, alors que le médecin de quartier n'avait ni reconnu la maladie, ni appliqué le traitement voulu, l'auteur institue des injections de peptone hydrargirique à 1 cgr. de sublimé par cmc. de peptone, VI gouttes par jour. L'état général syphilitique devient latent, l'œil était perdu, mais les phénomènes inflammatoires disparurent avec les syphilides cutanées. Notre confrère fait valoir la nécessité de ce traitement hypodermique même chez les nouveau-nés, dans tous les cas de syphilis congénitale oculaire grièvе au début ou réfractaires à la méthode par onctions ou autres modes d'administration du traitement spécifique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE KOENIGSBERG

Séance du 17 février 1902.

(*Deutsche méd. Woch.*, 1902, n° 18, p. 137.)

Kuhnt parle des indications, de la technique opératoire et des complications de l'extraction du cristallin transparent dans les cas de myopie très forte. Pour lui, l'opération est indiquée uniquement : 1° quand, dans un cas de myopie supérieure à 15,0 D, les verres ne sont pas supportés ; 2° quand la myopie est une cause d'incapacité de travail ; 3° quand enfin cette affection est progressive. Il regarde la tendance aux hémorragies comme une contre-indication absolue. En ce qui concerne la technique, Kuhnt fait d'abord une discision centrale, puis une extraction linéaire, et s'il est nécessaire une nouvelle discision de la capsule. L'auteur a observé les complications suivantes : deux décollements de la rétine 18 et 30 mois après l'opération. Une période d'hypertension ou plutôt un glaucome inflammatoire, qui a cédé rapidement à l'iridectomie. F. A.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BUDAPEST.

Séance du 22 février 1902.

(*Ung. Med. Pr.*, 1902, n° 11.)

Baumgarten. — **Sur un cas de paralysie musculaire avec inflammation du sinus sphénoïdal.**

Il s'agit d'un homme qui depuis un an souffrait de maux de tête, et qui présentait un ptosis de l'œil gauche. Diplopie depuis deux mois. On attribua l'affection au sinus sphénoïdal, qui fut ouvert. Le ptosis et l'exophtalmie diminuèrent dès le lendemain et l'œil pouvait déjà se mouvoir. Fond d'œil normal. Le patient nie toute spécificité, il n'a pas eu non plus d'autre infection. Le succès de l'intervention montre bien que la paralysie musculaire était en rapport avec l'affection du sinus. F. A.

BIBLIOGRAPHIE

Dr Grunert. — **Examen anatomique et bactériologique d'un cas d'ophtalmie sympathique.** (*Travail fait à la clinique ophalmologique de Tubingen* (*Klin. Monatbls f. Augenheilkunde*), nov. 1901.)

Un homme de 55 ans reçut un éclat de bois qui lui perfora la cornée en la divisant en deux parties égales ; une forte hernie de l'iris s'était produite au niveau de la plaie ; en outre, il y avait une cataracte traumatique, que l'on

ne put extraire à cause de phénomènes inflammatoires violents. Bientôt la phtisie du globe se déclara, accompagnée de douleurs et de la perte de la vision 3 ans après, le second œil était atteint d'ophtalmie sympathique, qui se manifestait sous forme d'irido-cyclite séreuse chronique, et d'hypertension. Cette affection, après des exacerbations et des rémissions successives, prit au bout de 4 ans une forme grave de glaucome aigu inflammatoire, que suivit la perte de l'œil ; il fallut faire l'énucléation.

Les recherches bactériologiques faites par le Dr Diethric, sur le bulbe et une longueur de 1 c/m 1/2 du nerf optique, donnèrent un résultat négatif.

L'examen anatomique macroscopique montra la liquéfaction du corps vitré, d'ailleurs resté clair, et la limitation de l'inflammation dans la partie antérieure du globe. Dans cette région, l'iris et le corps ciliaire sont fortement épaissis et infiltrés, de pus ; hypopion ; excavation, glaucomateuse du nerf optique.

Voici les résultats de l'examen microscopique :

Cornée. — Epaississement et infiltration du limbe. On remarque, au voisinage du corps ciliaire et du ligament pectiné, des amas compacts de cellules rondes qui entourent le canal de Schlemm. — Les leucocytes mononucléaires sont très nombreux ; il y a quelques leucocytes polynucléaires. L'endothélium est entièrement détruit. En un endroit, il y a une perforation de la membrane de Descemet. — L'hypopion s'étend du côté de la cornée sur une plus grande hauteur que du côté de l'iris ; dans le voisinage de cette membrane, l'hypopion est moins épais et traversé par des traînées de tissu conjonctif.

Iris. — Aminci et atrophié par endroits ; ailleurs il est hyperémié, et fortement épaissi par des infiltrats de cellules rondes. Les espaces de Fontana disparaissent par endroits, par suite de l'accolement de l'iris à la membrane de Descemet. En ces endroits, partent de l'iris, d'épaisses traînées d'infiltration, qui après avoir traversé la membrane de Descemet s'étendent dans la cornée, en s'insinuant entre les lames postérieures ; aussi les limites entre l'iris et la cornée sont-elles en partie détruites. — Le stroma et la musculature de l'iris ont complètement disparu sous l'infiltration, si bien qu'il est difficile de faire la distinction entre le tissu irien et l'hypopion ; la couche pigmentaire de l'iris est bien conservée. — Un exsudat pupillaire adhère fortement à la cristalloïde antérieure.

Cristallin. — Les fibres sont infiltrées de vacuoles et de globules de Morgagni.

Corps ciliaire. — Mêmes lésions que dans l'iris. Epaississement, infiltration, hyperémie ; à côté des parties enflammées, il y a des parties atrophiées. Il y a peu d'éléments inflammatoires dans la partie du corps vitré qui avoisine le corps ciliaire.

Choroïde. — Dans ses parties antérieures, il y a diminution des lésions inflammatoires ; ces dernières sont déjà à peine visibles, à égale distance entre l'ora serrata et l'équateur, et se présentent sous forme de très petits foyers. — Au voisinage de la papille, il y a un léger accroissement de l'infiltration.

Rétine. — Très atrophiée et adhérente à la choroïde. Dans toute sa surface, il y a de petits amas de cellules rondes, nombreux surtout autour des vaisseaux des couches internes.

Papille. — Excavation glaucomateuse profonde. Atrophie très avancée, et traces d'inflammation très apparentes ; foyers de cellules rondes autour des vaisseaux centraux. Il ne semble pas y avoir d'inflammation dans la sclérotique, au voisinage du nerf optique, et aux endroits où pénètrent les vaisseaux et nerfs ciliaires.

Partie rétro-bulbaire du nerf optique. Hyperplasie du tissu conjonctif au détriment des éléments nerveux. La disparition des lésions inflammatoires commence déjà à 1 cent. 1/2 de la papille. Il n'y a pas d'altération des vaisseaux centraux.

F. A.

STOWER. — **Perforation sous-conjonctivale de la sclérotique par une flèche.** (*Zeitschrift fur Augenheilk.* Bd. VII, 3).

Après l'enlèvement d'une escharre partant du bord inférieur du sourcil, et s'étendant un peu au-dessous, on constate une fistule étroite. La conjonctive, fortement injectée, est soulevée en haut et en dehors par un chémosis d'aspect particulier. Le corps vitré est parcouru par des traînées troubles, le fond de l'œil, normal d'ailleurs, apparaît quelque peu voilé, la tension est un peu diminuée. L'acuité visuelle est 1/25. Sous l'influence du repos au lit, d'applications froides et d'instillations d'a-

tropine, l'injection et le chémosis disparaissent, et il reste une petite tumeur située à 8 mm, en haut et un peu en dehors du limbe cornéen et à égale distance du cul-de-sac supérieur. Au moyen de la sonde, on constate que cette tumeur est dure. Une incision pratiquée à ce niveau montre que la sclérotique est perforée, les bords de la plaie sont écartés, le vitré fait hernie. Après avoir régularisé les bords de la plaie, Stower sutura la conjonctive. La guérison suivit.

L'auteur pense que la blessure a été produite pendant que la patiente était inclinée, et son regard dirigé sur le côté, c'est ainsi que la flèche passa au-dessus du cul-de-sac sans perforer la conjonctive ; c'est en retirant la pointe de la flèche que l'on a renversé les bords de la plaie en dehors. F. A.

ROSCHER. — **Excavation glaucomateuse de la lame criblée sans excavation du nerf optique.** (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkeino*, 39e année, déc. 1901.)

Femme âgée de 25 ans, qui 10 ans auparavant avait souffert d'une inflammation grave de l'œil droit. Actuellement, l'œil est augmenté de volume et atteint de cyclite. Injection notable, agrandissement de l'hémi-globe antérieur. On remarque dans la cornée staphylomateuse des opacités profondes et des vaisseaux de nouvelle formation. Par endroits, on voit un reflet jaunâtre qui provient de la profondeur. La tension est augmentée. Amaurose. Enucléation. Nous ne signalerons ici que l'examen microscopique de l'entrée du nerf optique, qui présente une excavation totale de la lame criblée. L'excavation est comblée par l'extrémité du nerf optique, qui s'avance jusque dans le corps vitré, et présente une infiltration purulente. Il s'agit donc d'une inflammation qui s'est produite dans un œil glaucomateux depuis longtemps. L'affection primitive, une kératite parenchymateuse probablement, a amené par l'augmentation de la tension une excavation progressive et entière du nerf optique. L'inflammation nouvelle qui survint 10 ans après sans cause connue, a atteint le nerf optique, et malgré l'atrophie de ce dernier, à produit un tel gonflement du tissu restant que l'excavation en est remplie, et que ce tissu proémine même dans le corps vitré.

Dr ALFRED ROSCHER. — **Electro-cautérisation intra-oculaire.** (*Munchener med. Wochenschrift*, 1902, n° 12, p. 481.)

L'auteur rapporte plusieurs cas d'électro-cautérisation intra-oculaire suivant la méthode de Milligen. Dans le premier, la cautérisation, faite quatre jours après la blessure par un plomb, amène une diminution notable des phénomènes inflammatoires, qui se reproduisent avec violence trois jours après, et obligent à pratiquer l'énucléation. Dans un deuxième cas, l'auteur a pu conserver la forme du globe. La cautérisation, pratiquée 3 semaines après la blessure par une aiguille, arrêta rapidement l'inflammation. Un troisième malade, ayant reçu un coup de pied de cheval, présentait 14 jours après l'accident, une blessure de la sclérotique, dont le pus s'enfoncait dans le vitré rempli d'exsudats. Chemosis modéré. Large cautérisation. 4 semaines après, l'acuité visuelle est 5/8. Actuellement elle est 5/5 (cinq mois après l'accident). L'électro-cautérisation est avantageuse après les accidents et les infections post-opératoires.

F. A.

LAAS. — **Double phlegmon des deux orbites, guérison et conservation de la vue des deux yeux ; résorption d'un exsudat sous-choroïdien de l'œil gauche.** (*Zeischrift. f. Augenheilkund*, Bd. VII, 3.)

Après un furoncle de la racine du nez, un phlegmon de l'orbite se produisit d'abord du côté droit, puis du côté gauche. Les phlegmons furent suivis d'une névrite optique, d'un exsudat sous-choroïdien, de plusieurs abcès orbitaires, et d'un abcès épibulbaire isolé, situé du côté nasal, sous la cornée. Le traitement consista en cataplasmes et incision des abcès. Après la guérison, il persista de l'astigmatisme sur l'œil gauche, siège de l'abcès épibulbaire. Le staphylocoque pyogène doré fut trouvé dans le pus. Laas croit que les veines ont servi d'intermédiaire dans la propagation entre le furoncle et le phlegmon de l'orbite ; d'après lui il faut regarder l'exsudat sous-choroïdien comme un abcès, et l'astigmatisme comme la conséquence de l'incision de l'abcès épibulbaire. Laas est d'avis que la perte de la vue, si fréquente après les phlegmons orbitaires, est causée par une altération des fibres du nerf optique.

Le schéma suivant résume l'étiologie des phlegmons de l'orbite, qui peuvent être produits.

1° Par un traumatisme direct de l'orbite ;

2° Par une affection du bulbe (Panophtalmie, kératite avec hypopion ;

3° Par propagation d'une inflammation du voisinage :

A) Peau (*a*) Erysipèle.

(*b*) Centres inflammatoires.

B) Parois osseuses de l'orbite (périostite).

C. Sinus voisins (sinus frontal, centre d'Highmore, sinus ethmoïdal).

4° Par les infections générales (morve, infection puerpérale).

F. A.

Dr Greidsberger (Larajevo). — **Deux cas d'Echinocoque de l'orbite.** (*Wiener. Kliniche Rundschau*, 1901, n° 50.)

Une fillette de 8 ans présentait depuis 6 mois une exophtalmie lente et progressive de l'œil gauche, qui s'était produite sans forte douleur. La cornée droite dépasse la cornée gauche de 2 cm. environ, et la paupière inférieure est en ectropion. Le bulbe, immobile en haut, est un peu mobile dans les autres directions. On sent sur le bord orbitaire inférieur, et reposant sur le plancher de l'orbite, une tumeur dure et unie dont les limites ne peuvent être déterminées. La vision est diminuée au point que l'enfant distingue difficilement la lumière à 6 mètres. Papille de stase. Pendant la chloroformisation, on récline la commissure externe, la tumeur se distingue difficilement du bulbe, elle s'est développée en dedans du muscle et adhère solidement à la paroi postérieure du globe ou du plancher de l'orbite. Comme la consistance de la tumeur était dure, et craignant un néoplasme on fit l'éviscération typique de l'orbite. Derrière le bulbe, sanglé par le muscle, se trouvait un kyste rond, de la grosseur d'une forte noix formée d'une coque dure, peu adhérente aux tissus voisins. Celle-ci, ouverte, renfermait un échinocoque, un liquide séreux et de nombreux crochets.

Le deuxième cas est celui d'une petite fille de 6 ans dont l'œil gauche était fortement exophtalme et immobile. A la partie supéro-interne de l'orbite, on sentait une tumeur ; la conjonctive qui la recouvrait était rouge et mobile. La tumeur elle-même était immobile, de consistance élastique, presque fluctuante. Sur la cornée, on voit en haut et en dedans une petite plaie causée sans doute par l'exophtalmie. Le fond de l'œil, à part une certaine rougeur de la papille, est normal. Acuité visuelle : les doigts à 1 m. Sous le chloroforme, après avoir élargi la fente palpébrale et incisé la conjonctive au-dessus de la partie la plus saillante de la tumeur, on voit une membrane bleue, brillante ; à travers laquelle on fait une ponction qui donne un liquide transparent comme de l'eau. On incise ensuite la paroi du kyste sur une étendue de 2 cent., et on extrait une vésicule d'échinocoque de la grosseur d'une noix. Puis on extirpe le sac dont les parois sont très épaisses, et qui s'étend jusqu'au sommet de l'orbite ; suture de la conjonctive et pansement compressif.

F. A.

Dr Richard-Hilbert (Sensburg). — **Corectopie bilatérale.**

En passant la visite réglementaire des enfants du canton de Sensburg, Hilbert eut l'occasion d'observer un cas de corectopie, qui outre sa rareté, présentait certaines particularités.

Il s'agit d'un enfant de 11 ans, bien portant, bien développé pour son âge. Hormis la malformation oculaire qui fut observée dès la naissance, son corps ne présente aucune anomalie. Les parents et les quatre sœurs de l'enfant sont bien constitués, et ne présentent, en particulier sur les yeux, aucune trace de malformation ou de maladie. Les parents ne sont pas consanguins, on ne note aucune malformation chez les autres membres de la famille.

Voici le résultat de l'examen : crâne brachycéphale, cheveux blonds ; les yeux ont une grandeur égale et conforme à la taille de l'enfant. Très brun. La pupille de l'œil gauche est légèrement ovale — le sphincter de l'iris est nettement marqué, le plus grand axe de la pupille va de dehors et en haut, vers en bas et en dedans. — L'ensemble de la pupille se trouve dans le quadrant inféro-interne de l'iris, quelque peu en-dessous du méridien horizontal ; son bord supérieur siège entre le premier et le deuxième quart de l'iris, son bord inférieur est à 1 mm. environ du limbe de la cornée.

L'aspect général fait la même impression,

que si l'iris avait été attiré par des adhérences vers en bas et en dedans, mais ne ressemble en rien à un colobome de l'iris.

Même aspect sur l'œil droit, cependant, ici la pupille est un peu moins excentrique (mais bien dirigée symétriquement vers en bas et en dedans).

Les 2 pupilles réagissent énergiquement à la lumière et à la convergence. Il n'y a pas trace d'inflammation ancienne.

Pour le reste, les deux yeux, sont entièrement semblables. Les milieux réfringents sont transparents, le fond de l'œil est normal, un peu plus clair, en raison du type blond de l'enfant.

Emmétropie O. G. V. = 6/6.

Il s'agit donc ici d'un cas de corectopie double, pas tout à fait symétrique. Quoique l'on ait déjà signalé un certain nombre de cas de corectopie, le cas que nous venons de rapporter appartient aux plus rares, d'abord par sa bilatéralité, ensuite et surtout par la situation symétrique des pupilles, enfin par la direction rare, en bas et dedans, des pupilles. Ceci est d'autant plus remarquable que le cas en question appartient sans contredit au groupe I[er] des corectopies, selon V. Hippel ; en effet l'acuité visuelle est normale, il ne présente aucune modification de structure de l'iris. (II[e] groupe). Il n'est compliqué d'aucune autre malformation de l'iris (III[e] groupe.) Enfin il n'est accompagné ni de tremblottement de l'iris, ni de luxation du cristallin.

Le fait le plus important, et qui rend ce cas tout à fait caractéristique, c'est que la situation asymétrique des pupilles est très nette.

Cette asymétrie, très apparente, donne à l'aspect des deux yeux un caractère très différent, et à la face entière une expression toute particulière. Si les pupilles étaient entièrement symétriques, cette anomalie attirerait beaucoup l'attention, et c'est ce qui fait la particularité du cas.

Les auteurs ont insisté dans tous les cas semblables décrits jusqu'alors, sur la symétrie de l'anomalie, en ce sens que les pupilles ont une direction symétrique ou parallèle entre elles.

Il semblerait qu'un cas semblable au nôtre n'a pas encore été décrit.

F. A

G. Colucci. — **Colobome congénital de la paupière supérieure droite.** (*Annali di Ottal.* vol. XXX (1901), fasc. 7, p. 507 à 520.)

L'observation de Colucci est intéressante par la forme clinique, se rapportant aux cas de Manz et de Nüel, par les détails prouvant l'origine de l'anomalie comme suite d'adhérences amniotiques, et par les résultats définitifs de l'intervention chirurgicale adoptée par le Prof. de Vincentiis.

A. Antonelli.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée

Exposition internationale d'art décoratif moderne, à Turin

Billets d'aller et retour à prix réduits de 1re, 2e et 3e classes de toute gare P.-L.-M. à Turin, donnant droit à six entrées à l'Exposition.

VALIDITÉ : 30 JOURS.

Arrêts : *En Italie, deux arrêts au choix tant à l'aller qu'au retour.*

Ces billets sont délivrés :

1° Immédiatement dans les gares de Paris, Nevers, Dijon, Lyon-Perrache, Clermont-Ferrand, Saint-Etienne, Valence, Marseille, Nîmes, Grenoble et Chambéry ;

2° Sur demande faite 48 heures à l'avance dans toutes les autres gares.

PRODUITS ET PANSEMENTS POUR L'OPHTALMOLOGIE

Ballons Pipettes stérilisés pour collyres aseptiques.

PANSEMENTS AU CELLULIN HYDROPHILE (PAPIER DE BOIS DE PIN)

CHEVRETIN et LEMATTE, PHARMACIENS DE 1re CLASSE

Fournisseurs des Hôpitaux.

224, Rue Caumartin, PARIS. —*— TÉLÉPHONE : 245-56